

UWAGA: formularz drukować dwustronnie

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii
im. M. Kopernika w Łodzi, ul. Pabianicka 62 (Centrum)

Upoważnienie nr/ 201.....r.

wypełnia osoba merytorycznie odpowiedzialna za realizację umowy

Wnioskuję o nadanie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych dla

.....
Imiona, nazwisko

.....
PESEL

.....
Nazwa komórki organizacyjnej

w zakresie (**wgląd, edycja,**)^{*}

niezbędnym do realizacji umowy zawartej na okres od
/rodzaj umowy np. o pracę, wolontariat, kontraktowa/

Oświadczam, że wnioskowane uprawnienia są niezbędne do realizacji umowy. Zobowiązuję się powiadomić Pełnomocnika ds. Bezpieczeństwa/Inspektora Ochrony Danych o zakończeniu realizacji usługi przed terminem zakończenia umowy.

.....
podpis i pieczęć przełożonego/osoby nadzorującej

UPOWAŻNIENIE

Zgodnie z art. 29 ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)

**upoważniam do przetwarzania danych osobowych
(wgląd, edycja)^{*}**

będących w posiadaniu Centrum, w aktach, kartotekach, skorowidzach, księgach, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych oraz w systemach informatycznych, także w przypadku przetwarzania danych poza zbiorem danych, **w zakresie niezbędnym do realizacji umowy (określonym w umowie lub zakresie zadań, odpowiedzialności i uprawnień).**

Upoważnienie ważne jest od dnia na czas realizacji umowy lub do chwili wycofania uprawnienia.

Upoważnienie wygasa z chwilą zakończenia umowy z wyłączeniem sytuacji gdy następuje kontynuacja zatrudnienia (przedłużenie na podstawie aneksu lub kolejnej umowy). W sytuacji przedłużenia umowy ważność upoważnienia zostaje przedłużona na okres trwania przedłużonej umowy.

Łódź, dnia

.....
osoba uprawniona do wydania upoważnienia

Upoważnienie może zostać wydane po złożeniu oświadczenia przez upoważnianego (znajdującego się na drugiej stronie formularza)

** uzupełnić, niepotrzebne skreślić*

Oświadczam, że:

1. Znana mi jest treść dokumentacji dotyczącej bezpieczeństwa informacji obowiązującej w Centrum w szczególności: Szczegółowej Polityki Bezpieczeństwa, procedur Zintegrowanego Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji oraz ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) i ustawy o ochronie danych osobowych.
2. **Zobowiązuję się do:**
 - ✓ przestrzegania postanowień zawartych w w/w dokumentach,
 - ✓ zachowania szczególnej dbałości o zachowanie: poufności, ochrony przed zniszczeniem, dostępem osób nieuprawnionych danych osobowych przetwarzanych w Centrum w dowolnej formie (papier, klisza, nośniki elektroniczne, magnetyczne, optyczne itp.)
 - ✓ przetwarzania danych osobowych tylko i wyłącznie w zakresie i celu niezbędnym do realizacji powierzonych mi zadań (określonym w umowie lub zakresie zadań i uprawnień),
 - ✓ zapewnienia ochrony danych osobowych przed dostępem osób nieupoważnionych, ujawnieniem, zniszczeniem, nieuprawnioną modyfikacją,
 - ✓ nieudostępnianiu nikomu oraz natychmiastowego zwrotu otrzymanych urządzeń uwierzytelniających (np. przepustka, karta, token, klucze) z chwilą zakończenia umowy lub na polecenie osób uprawnionych w Centrum,
 - ✓ nie ujawniania i zachowaniu bezterminowo w tajemnicy informacji jakie uzyskam w trakcie wykonywania obowiązków na terenie Centrum dotyczących niezależnie od formy i źródła ich pozyskania:
 - a) danych osobowych,
 - b) haseł dostępu (np. do systemów informatycznych, urządzeń medycznych, pomieszczeń),
 - c) funkcjonowania systemów i urządzeń tzn. informacji technicznych, technologicznych, prawnych organizacyjnych dotyczących urządzeń, systemów informatycznych/teleinformatycznych (np. urządzenia, wyroby medyczne, sprzęt informatyczny), ,
 - ✓ nie kopiowania / nie powielania ani w jakikolwiek inny sposób nie rozpowszechniania jakiegokolwiek części w/w informacji, nie wnoszenia nośników zawierających informacje chronione poza obszar ich przetwarzania z wyłączeniem sytuacji, kiedy będzie to niezbędne do realizacji powierzonych mi zadań w sposób zgodny z obowiązującymi zasadami w Centrum,
 - ✓ **natychmiastowego zgłaszania przełożonemu lub Inspektorowi Ochrony Danych faktu naruszenia: zabezpieczenia pomieszczenia, bezpieczeństwa zbioru danych osobowych, urządzenia lub systemu informatycznego w których przetwarzane są informacje o charakterze poufnym (w tym dane osobowe),**
3. Zostałam/em poinformowana/y, że udostępnianie danych osobowych lub umożliwianie dostępu do nich osobie nieuprawnionej podlega sankcjom w szczególności przewidzianym w ustawie o ochronie danych osobowych.

Zostałam/em poinformowany, że:

1. Administratorem moich danych jest Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Traumatologii i Onkologii im. M. Kopernika w Łodzi z siedzibą w Łodzi ul. Pabianicka 62,
2. Wszelkie informacje i wątpliwości dotyczące przetwarzania moich danych przez Administratora można kierować do Inspektora Ochrony Danych – Tomasza Zdzienickiego pisemnie na adres administratora lub mailowo na adres iod@kopernik.lodz.pl
3. Moje dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust.1 lit. c) RODO,
4. Odbiorcami moich danych będą organy państwowe oraz instytucje przeprowadzające kontrole na podstawie obowiązującego prawa oraz podmiotom przetwarzającym na zlecenie Administratora,
5. Dane będą przechowywane przez okres wskazany w Instrukcji Kancelaryjnej zgodnie z przepisami ustawy o archiwach i narodowym zasobie archiwalnym,
6. Mam prawo żądania dostępu oraz sprostowania moich danych, nie mam prawa żądania ograniczenia ich przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
7. Jeśli uznam, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje mi prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
8. Moje dane zostały pozyskane w celu realizacji zawartej umowy i nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
9. **Treść niniejszego dokumentu jest mi znana. Potwierdzam odbiór upoważnienia.**

.....
czytelny podpis osoby uzyskującej upoważnienie